

Шиш П.А., Савченко И.М.,
Лобанков В.М., Филитович А.А.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗАХ

/ Гомель /

Острый панкреатит (ОП) - одно из наиболее тяжелых заболеваний органов пищеварения с высокой летальностью - от 23% до 60%. Тяжесть состояния больных с ОП обусловлена эндогенной интоксикацией. Большинство исследователей выделяют три периода патологического процесса:

I - период гемодинамических расстройств и панкреатогенного шока;

II - период функциональной недостаточности паренхиматозных органов;

III - период постнекротических и гнойных осложнений, характеризующихся прогрессирующей токсемией.

Целью настоящего исследования явилась разработка комплексной интенсивной терапии гнойно-септических осложнений при панкреонекрозах.

Нами за 5 лет с 199 по 1997 годы обследовано и проведено лечение 43 больных с деструктивной формой острого панкреатита в возрасте от 26 до 69 лет, из них мужчины составили 36 (83,7%), женщины - 7 (16,3%). Изучали анамнез заболевания, состояние гемодинамики и газообмена, кислотно-щелочной баланс, некоторые показатели метаболизма.

На фоне тяжелой гипоксии и интоксикации развивались нарушения ЦНС в виде делирия у 11 (25,8%) больных. Общая дегитрация встречалась наиболее часто у 32 (74,4%) больных, что осложнилось снижением артериального и центрального венозного давления у 30 (69,7%) человек. Изменения кислотно-основного баланса выявлены во всех случаях у 8 (18,5%) декомпенсированный метаболический алкалоз, у 35 (81,5%) - смешанный и метаболический ацидоз.

Все больные неоднократно оперированы под общей анестезией. Инфузионную терапию проводили под контролем артериального и централь-

ного венозного давления, частоты сердечных сокращений, часового диуреза, гематокрита. В ближайший послеоперационный период анальгезию обеспечивали при помощи сочетания наркотических анальгетиков и спазмолитиков, а также при помощи длительной перидуральной анестезии (ДПА). Гипербарическую оксигенацию (ГБО) начинали спустя 12-18 часов после операции в режиме 0,7-0,8 ати, продолжительностью 45-55 минут. Гемосорбцию обеспечивали при помощи сорбента марки «Овосорб», начиная с первых суток в количестве 3-5 сеансов. Наряду с этими мероприятиями использовали непрямую электрохимическую детоксикацию 0,3% раствором гипохлорита натрия не более 2-3 сеансов.

Делирий купировали в течение 2 суток, используя комплекс лечебных мероприятий инфузионную терапию, нейролептики и гемосорбцию. Водно-электролитные нарушения купировали при помощи высоко-объемных инфузий кристаллоидов и декстранов в первые часы поступления больных до 70-100 мл/кг массы тела. После достижения систолического АД 105/110 мм рт.ст. переходили на глюкозированные полиионные растворы. Метаболический алкалоз купировали в течение 2-3 суток, пользуясь формулой Мелемгарда-Аструпа. Относительно быстрой ликвидации метаболического ацидоза способствовала продленная ИВЛ у 5 (11,6%) и вспомогательная ИВЛ у 8 (18,5%) больных. Стабилизации гомеостаза к концу 3-х суток добились у 6 (14%), на 5-6-е сутки - у 21 (48,8%), более 7-ми суток - у 10 (23,2%) больных. Умерло 7 (16,3%) человек.

Таким образом, интенсивная терапия, направленная на ликвидацию основных патогенетических звеньев панкреонекроза, основанная на своевременной и качественной инфузии, коррекции метаболических нарушений, достаточном обезболивании, эфферентных методах детоксикации, позволяет значительно улучшить результаты лечения и снизить летальность больных.